

Al presidente  
Associazione Tumori Toracici Rari APS ETS  
Via Ciro Menotti 1  
20129 Milano

La/Il sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_, (cognome) \_\_\_\_\_  
CF: \_\_\_\_\_; nata/o a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ indirizzo pec \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammessa/o a partecipare al concorso per l'erogazione di 1 borsa di studio intitolata

#### ***Pierluigi Galli ed Eurovetro Recycling SRL***

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46-47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dal Bando.

Allega alla presente i seguenti documenti in formato elettronico:

1. Lettera di presentazione che descriva l'originalità, l'innovazione, l'interesse scientifico e la rilevanza terapeutica dello studio, se applicabile, nonché i centri coinvolti (massimo 3000 battute spazi compresi).
2. Curriculum vitae
3. Autorizzazione al trattamento dei dati personali e consenso a pubblicare il proprio CV, con eventuale fotografia.
4. Copia del documento di identità in corso di validità idoneo all'espatrio.
5. Certificato di laurea con votazione finale (.doc, .jpg, .pdf).
6. Fino a un massimo di N° 5 pubblicazioni.
7. Abstract del progetto al massimo di 1 pagina con spazio 1.5 e font 12.
8. Programma dettagliato dell'attività che si intende svolgere presso la struttura di ricerca italiana o estera (massimo di 4 pagine ~on spazio 1.5 e font 12). (.doc).
9. Dichiarazione inerente tipologia e la durata del rapporto di lavoro in corso.
10. Altri titoli che si ritengono utili alla valutazione delle domande.

La/Il sottoscritto dichiara di accettare tutte le norme e le procedure esposte nel bando.

La/Il sottoscritto/a è consapevole che coloro che attestano il falso vedranno decadere i benefici ottenuti e incorreranno nelle sanzioni previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

La/Il sottoscritto/a autorizza Associazione TUTOR APS ETS al trattamento dei dati personali e alla condivisione dei dati con i membri della Commissione di Selezione, nonché alla pubblicazione del proprio curriculum vitae con fotografia.

La/Il sottoscritto dichiara di accettare di ricevere via e-mail informazioni relative all'associazione TUTOR APS ETS ed alle attività da essa svolte.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_